

مقاله‌ی پژوهشی

مقایسه‌ی اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی شناختی رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان دختر

خلاصه

فهیمة یوسفیان

کارشناسی ارشد روان‌شناسی بالینی، دانشگاه آزاد اسلامی، واحد تربت جام

*نگار اصغری پور

استادیار روان‌شناسی بالینی، مرکز تحقیقات روان-پزشکی و علوم رفتاری، دانشگاه علوم پزشکی مشهد

مقدمه: هدف این پژوهش، مقایسه‌ی اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان گروهی شناختی رفتاری بر عزت نفس دانش آموزان دختر می‌باشد.

روش کار: پژوهش حاضر از نوع کارآزمایی بالینی می‌باشد. جامعه‌ی آماری شامل تمام دانش آموزان دختر پایه‌ی اول دبیرستان‌های دولتی شهرستان سرخس در سال ۱۳۹۱ می‌باشد. آزمودنی‌ها به شیوه‌ی تصادفی، انتخاب و به طور تصادفی در سه گروه قرار گرفتند. دو گروه به مدت دوماه تحت درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی قرار گرفتند (هشت جلسه‌ی دو ساعته) در حالی که گروه شاهد هیچ آموزشی دریافت نکردند. پرسش‌نامه‌ی عزت نفس کوپراسمیت قبل و بعد از آموزش به آزمودنی‌ها داده شد. داده‌های حاصل با استفاده از تحلیل واریانس یک‌سویه، آزمون تعقیبی دانکن و نرم افزار SPSS تحلیل گردید.

یافته‌ها: درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری در مقایسه با گروه شاهد، تاثیر مثبتی بر بهبود عزت نفس داشته‌اند ($P < 0/0001$) و $F=21/56$) اما تفاوت این دو گروه به صورت معنی‌داری نبوده است.

نتیجه‌گیری: به نظر می‌رسد درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش عزت نفس موثر می‌باشند.

واژه‌های کلیدی: دانش آموز، درمان شناختی رفتاری، عزت نفس، گروه درمانی

*مؤلف مسئول:

ایران، مشهد، میدان بوعلی، بیمارستان روان‌پزشکی

ابن سینا

asgharipourn@mums.ac.ir

تلفن: ۰۵۱۱۷۱۱۲۵۰

تاریخ وصول: ۹۱/۸/۲۲

تاریخ تایید: ۹۲/۳/۸

پی‌نوشت:

این پژوهش در سایت کارآزمایی‌های بالینی با کد IRCT2013011612150N1 به ثبت رسیده و با تایید کمیته پژوهشی دانشگاه آزاد اسلامی واحد تربت جام و بدون حمایت مالی و با هزینه خود پژوهشگر انجام شده و با منافع نویسنده‌گان ارتباطی نداشته است. از همکاری دانش آموزان شرکت کننده سپاسگزاری می‌گردد.

Original Article

Comparative effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy on self-esteem of girl students

Abstract

Introduction: The aim of this study is to compare the effectiveness of group mindfulness based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy on self-esteem of girl students.

Materials and Methods: The present study is a clinical trial. The statistical population includes all first grade female students of public high schools in 2012 in Sarakhs. Participants were chosen by random selection method and randomly allocated in three groups. Two groups received cognitive-behavioral and mindfulness based cognitive therapy for 2 months (8 sessions of 2 hours) while the control group received no training at all.

Data were collected by Cooper Smith self-esteem questionnaire scale which was given to the subjects before and after of the training. The collected data was put to one way variance analysis and Danken test.

Results: This study demonstrated that group mindfulness based cognitive therapy and cognitive-behavioral therapy in comparison to the control group had positive effects on the self-esteem improvement ($F=21.56$, $P<0.0001$) and both methods had equal effect in self-esteem improvement.

Conclusion: Both cognitive-behavioral therapy and mindfulness based cognitive therapy methods were found effective in increasing self-esteem.

Keywords: Cognitive behavior therapy, Group therapy, Self esteem, Student

Fahimeh Yousefian

MSc. in clinical psychology, Islamic Azad University, Branch of Torbat-e-Jam

**Negar Asgharipour*

Assistant professor of clinical psychology, Psychiatry and Behavioral Research Center, Mashhad University of Medical Sciences

***Corresponding Author:**

Ibn-e-Sina psychiatric hospital, Boo-Ali Sq., Mashhad, Iran

asgharipourn@mums.ac.ir

Tel: +985117112540

Received: Nov. 12, 2012

Accepted: May. 29, 2013

Acknowledgement:

This study was registered in Iranian clinical trials site with code of IRCT2013011612150N1 and is accomplished by authors' budget and receive no financial support. The authors had no conflict of interest with the results.

Vancouver referencing:

Yousefian F, Asgharipour N. Comparative effectiveness of group mindfulness-based cognitive therapy and group cognitive-behavioral therapy on self-esteem of girl students. Journal of Fundamentals of Mental Health 2013; 15(3): 205-15.

مقدمه

عزت نفس^۱ یکی از قدیمی‌ترین مفاهیم در روان‌شناسی است و به طور گسترده‌ای در مطالعات روان‌شناختی مورد بررسی و تحقیق قرار گرفته است. روزنبرگ^۲ عزت نفس را نگرشی که با ارزش خود به عنوان یک شخص سر و کار دارد، تعریف کرده است. برندن^۳ عزت نفس را به صورت تجربه‌ی شایسته بودن برای رویارویی با چالش‌های اساسی زندگی تعریف کرده است (به نقل از ۱).

عزت نفس کلی به سطح اعتقادی فرد درباره‌ی عقاید کلی و فراگیر در مورد خود اطلاق می‌شود که شامل قضاوت‌ها و احساساتی درباره ارزش خود می‌باشد (۲).

کوپراسمیت^۴ معتقد است: منظور از عزت نفس ارزیابی فرد از خویش است که آن را از طریق توجه به خویش به دست می‌آورد و نشانه‌ی نگرشی است از تایید یا عدم تایید و میزانی که فرد به توانایی، موفقیت و ارزش خویش، اعتقاد دارد (۳). کوپراسمیت چهار عامل را در تحول عزت نفس کودک و نوجوان مهم می‌داند که عبارتند از (به نقل از ۴): ۱- ارزشی که کودک یا نوجوان از دیگران دریافت می‌کند. ۲- تجربه‌ی همراه با موفقیت، در موقعیتی که فرد خودش را در تعادل با محیط می‌بیند. ۳- تعریف شخصی کودک و نوجوان از موفقیت و شکست. ۴- شیوه‌ی کودک یا نوجوان در ارتباط با انتقاد.

عزت نفس و مفهوم خودارزشمندی از اساسی‌ترین عوامل در رشد مطلوب شخصیت فرد است. برخورداری از اراده و اعتماد به نفس قوی، قدرت تصمیم‌گیری، ابتکار، خلاقیت و نوآوری، سلامت فکر و بهداشت روانی، رابطه‌ی مستقیمی با میزان و چگونگی عزت نفس و احساس خودارزشمندی دارد. اکثر صاحب‌نظران برخورداری از عزت نفس را عاملی مهم در سازگاری عاطفی و اجتماعی افراد می‌دانند. شایستگی عاطفی- اجتماعی منتج از خودارزیابی مثبت، می‌تواند به عنوان سپر یا نیرویی در مقابل مشکلات خطر آینده به کودک کمک کند

(۵). عزت نفس از عوامل تعیین‌کننده‌ی رفتار در انسان به شمار می‌رود. برداشت و قضاوت افراد از خود، تعیین‌کننده‌ی چگونگی برخورد آن‌ها با مسایل مختلف است. فردی که عزت نفس پایین دارد و برای خود، ارزشی قایل نیست امکان دارد دچار انزوا، گوشه‌گیری و یا پرخاشگری و رفتارهای ضداجتماعی شود (۶).

محققان نشان داده‌اند که عزت نفس نقش مهمی در بهزیستی روان‌شناختی فرد دارد، برای مثال تحقیقات مکرر نشان داده‌اند که عزت نفس پایین با افسردگی و اضطراب مرتبط است (۱). هم‌چنین عزت نفس می‌تواند نقش میانجی در رابطه‌ی بین وقایع منفی زندگی و علایم افسردگی در کودکان داشته باشد (۷). عزت نفس بالا با سازگاری بهتر، استقلال بیشتر، رفتارهای تدافعی کمتر، پذیرش دیگران، معاشرتی بودن، یادگیری و پیشرفت تحصیلی رابطه دارد (۸). مطالعات زیادی در مورد تفاوت‌های جنسیتی در مورد عزت نفس نوجوانان انجام شده که نشان می‌دهد دختران عزت نفس کلی پایین‌تری یا خودپنداره‌ی پایین‌تری نسبت به پسران گزارش می‌کنند (۹). عزت نفس به طور معنی‌داری با نشانه‌های افسردگی ارتباط دارد (۱۰). بین عزت نفس پایین و علایم افسردگی، همبستگی وجود دارد. تحقیقات نشان داده‌اند که عزت نفس کودکان افسرده نسبت به کودکان غیر افسرده به طور معنی‌داری پایین‌تر است (۱۱). پذیرش خود که به داشتن توجه مثبت به خود تعریف شده است از جمله متغیرهای عمده در سلامت روانی است. در سال‌های اخیر محققان از عزت نفس بالا به عنوان یک منبع حمایتی مهم یاد کرده‌اند که افراد می‌توانند در مقابل رویدادهای منفی در زندگی روزمره و در مقابل وقایع نامطلوب زندگی به منظور کاهش اثرات از آن استفاده کنند (۱۲).

نتایج خوب درمان شناختی-رفتاری^۵ (CBT) برای درمان اختلالات نوجوانی باعث شده است که تقاضا برای این شکل از روان‌درمانی در نوجوانان افزایش یابد. درمان شناختی-رفتاری برای مشکلات عاطفی نوجوانان از جمله در درمان مشکلاتی چون اختلالات اضطرابی، اختلال استرس پس از سانحه و اضطراب اجتماعی درمان موثری می‌باشد (۱۳).

¹Self-esteem²Rosenberg³Branden⁴Coopersmith⁵Cognitive Behavior Therapy

درمان شناختی رفتاری تلفیقی از رویکردهای شناختی و رفتاری است که به بیمار کمک می‌کند الگوهای تحریف شده و رفتار ناکارآمد خود را شناسایی و تغییر دهد. قسمت اعظم درمان بر اساس رویکرد اینجا و اکنون است و هدف عمده‌ی درمان عبارت است از کمک به بیمار به نحوی که بتواند تغییرات مطلوبی در زندگی خود ایجاد کند. لذا در این درمان بر فراهم آوردن فرصتی برای یادگیری‌های انطباقی جدید و نیز ایجاد تغییراتی در فضای بیرون از حیطه‌ی بالینی تاکید می‌شود (۱۴). از مهم‌ترین اهداف درمان شناختی رفتاری تقویت انگیزه‌ی بیمار، آموزش مهارت‌های مقابله‌ای، ایجاد تغییر در وابستگی‌ها، تقویت کنترل عواطف دردناک، بهبود عملکرد بین فردی و تقویت مهارت‌های اجتماعی می‌باشد (۱۵).

تحقیقات، اثربخشی درمان شناختی رفتاری را بر افزایش عزت نفس نوجوانان نشان می‌دهند از جمله کیانی و همکاران به این نتیجه رسیدند که گروه درمانی شناختی رفتاری می‌تواند باعث افزایش عزت نفس و کاهش ناامیدی در نوجوانان شود (۱۶). هم چنین امامی و همکاران اثربخشی شیوه‌ی شناختی رفتاری را در افزایش عزت نفس دانش آموزان مورد بررسی قرار داده و دریافتند که آموزش شناختی رفتاری، عزت نفس دانش آموزان دختر را به طور موثر افزایش می‌دهد (۱۷). هال و تاریر^۱ نیز در تحقیق خود به این نتیجه رسیدند که آموزش‌های شناختی رفتاری می‌تواند عزت نفس افراد را افزایش دهد (۱۸). تعاریف گوناگونی برای ذهن آگاهی^۲ وجود دارد اما تعریفی که به طور معمول برای ذهن آگاهی استفاده می‌شود عبارت است از هوشیاری که از طریق توجه به هدف در لحظه‌ی حال پدیدار شده و به گونه‌ای غیر قضاوتی تجربیات لحظه به لحظه را آشکار کند (۱۹). به این معنا که توجه کردن به شیوه‌ی خاص و برقراری تماس با لحظه‌ی اکنون، تنش را به حداقل ممکن می‌رساند. بر این اساس که تنش معمولاً با افکاری در مورد وقایع گذشته و آینده مرتبط است. لذا اضطراب و افسردگی کاهش خواهند یافت، زیرا این هیجانات معمولاً با نگرانی درباره‌ی آینده و ناراحتی در مورد گذشته مرتبط است.

لذا با رها کردن خود از این افکار پریشان کننده می‌توان اطلاعات محیطی حال را شناسایی و پاسخ‌های انطباقی خود را افزایش داده و اطلاعات وارد شده را به طور صحیح‌تری پردازش کنیم و پاسخ رفتاری بهتری انتخاب کنیم (۲۰).

ذهن آگاهی، آوردن توجه به لحظه‌ی حال است. هدف ذهن آگاهی لزوماً کاهش تنش نیست بلکه هدف، بودن در لحظه‌ی حال می‌باشد (۲۱). ذهن آگاهی به صورت هر دو فرایند حساسیت‌زایی و حساسیت‌زدایی به کار می‌رود. فرد از طریق کاهش دادن اجتناب و حساس‌تر شدن از طریق توجه برای برقراری ارتباط بین حالات عاطفی و پاسخ‌های خودکار آن‌ها نسبت به جنبه‌های آزارنده‌ی منفی وقایع حساسیت‌زدایی می‌شود. ماهیت حساسیت‌زایی و حساسیت‌زدایی ذهن آگاهی باعث افزایش انعطاف‌پذیری ذهنی، افزایش پاسخ‌های رفتاری و عاطفی و توسعه‌ی سطوح مهارت‌های مقابله‌ای و کاهش نگرش‌ها و هیجان‌های منفی می‌شود (۲۲). در واقع ذهن آگاهی باعث احساس آرامش و امیدواری و توانایی بهتر برای مقابله با تنش، افزایش اعتماد به نفس و کنترل درونی می‌شود (۲۰).

کابات‌زین^۳ ادعا کرد که نگرش‌ها و هیجان‌های منفی درباره‌ی موقعیت‌ها از طریق مشاهده‌ی غیر قضاوتی افکار به جای فرض افکار به عنوان واقعیت، قابل تغییر می‌باشند. این روش باعث می‌شود افراد احساس کنند که روی پاسخ‌های هیجانی و رفتارهای خود کنترل دارند، لذا احساس خودکارآمدی افراد افزایش می‌یابد (۲۱).

تمرین ذهن آگاهی هنگام تجربه‌ی عواطف منفی توسط کودکان و نوجوانان می‌تواند موثر واقع شود و به این شیوه به آنان آموزش می‌دهیم که چگونه از تفسیرهای خودکار احساسات‌شان در هر موقعیتی آگاه شوند (۲۳). پژوهشگران نشان داده‌اند که افزایش حضور ذهن با انواع پیامدهای سلامتی نظیر کاهش درد، اضطراب، افسردگی، خوردن مرضی و تنش ارتباط دارد (۲۴).

گلدن و گروس^۴ اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی را در تنظیم عاطفه‌ی افرادی با اختلال اضطراب منتشر بررسی کرده و

^۳Kabat-Zinn^۴Goldin and Geros^۱Hall and Tarrier^۲Mindfulness

به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های تنش، اضطراب و عزت نفس منجر می‌شود (۲۵). زیدان^۱ و همکاران در تحقیقی نشان دادند که آموزش‌های ذهن آگاهی، خلق را بالا برده و خستگی و اضطراب را کاهش می‌دهد (۲۶). استین^۲ نیز در تحقیقی نشان داد که ذهن آگاهی می‌تواند حس کنترل و خودکارآمدی افراد را در جمعیت غیر بالینی افزایش دهد (۲۷). کاویانی و همکاران در تحقیقی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش و پیشگیری از افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد افسردگی و اضطراب در دانشجویان دختر مورد بررسی قرار دادند و نتایج پژوهش آن‌ها نشان داد که جلسات هشت‌گانه‌ی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی توانسته است به طور قابل توجهی از میزان افسردگی و اضطراب شرکت کنندگان بکاهد (۲۸). محمدخانی و همکاران در تحقیقی اثربخشی درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان معمول شناختی رفتاری را بر علایم افسردگی و سایر علایم روان پزشکی در نمونه‌ای از بیماران افسرده در فاز بهبودی نسبی مورد بررسی قرار دادند و به این نتیجه دست یافتند که هر دو درمان فوق، به یک میزان در کاهش علایم اثربخش بوده و تفاوت معنی‌داری در اثربخشی آن‌ها وجود ندارد (۲۹).

از آن جا که اثربخشی ذهن آگاهی بر روی مفاهیمی مثل اضطراب و افسردگی نشان داده شده است و این مفاهیم با عزت نفس همبستگی دارند، لذا به نظر می‌رسد ذهن آگاهی بر افزایش عزت نفس نیز موثر باشد. از این رو این پژوهش جهت مقایسه‌ی اثربخشی درمان گروهی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با درمان گروهی شناختی رفتاری بر افزایش عزت نفس نوجوانان انجام پذیرفت.

روش کار

طرح پژوهش از نوع کارآزمایی بالینی، به صورت پیش‌آزمون و پس‌آزمون با گروه شاهد و انتخاب تصادفی می‌باشد. جامعه‌ی آماری این پژوهش شامل تمام دانش‌آموزان

پایه‌ی اول در دبیرستان‌های دخترانه‌ی دولتی شهرستان سرخس (۲۰۰ نفر) که در سال تحصیلی ۹۱-۱۳۹۰ مشغول به تحصیل بوده‌اند، می‌باشد. در این پژوهش از روش نمونه‌گیری تصادفی ساده استفاده شد. ابتدا به صورت تصادفی از بین دو دبیرستان دخترانه‌ی دولتی یک مدرسه انتخاب شد. سپس پرسش‌نامه‌ی عزت نفس کوپراسمیت روی دانش‌آموزان پایه‌ی اول دبیرستان دخترانه‌ی الزهرا که شامل ۱۲۰ دانش‌آموز بود اجرا شد. از میان افرادی که نمره‌ی زیر نقطه‌ی برش (زیر ۲۵) در آزمون عزت نفس کوپراسمیت کسب کرده و داوطلب شرکت در جلسات بودند، تعداد ۴۵ نفر به طور تصادفی انتخاب و در سه گروه ۱۵ نفره قرار گرفتند. با توجه به این که در اکثر پژوهش‌ها حجم نمونه بین ۸ تا ۱۵ نفر می‌باشد در این پژوهش با در نظر گرفتن ریزش‌های احتمالی در ایام امتحانات، تعداد افراد هر گروه ۱۵ نفر در نظر گرفته شد. جهت رعایت اخلاق پژوهش به آزمودنی‌ها اطمینان داده شد که اطلاعات کسب شده بدون ذکر نام در پژوهش استفاده شده و اصل رازداری رعایت می‌گردد و شرکت آن‌ها در گروه تا پایان کار به صورت داوطلبی است و هر زمان احساس کردند گروه برای آن‌ها فایده‌ای ندارد می‌توانند گروه را ترک کنند. به علاوه به افرادی که در پرسش‌نامه‌ی عزت نفس، دارای مشکل شناخته شده بودند اما امکان شرکت در گروه را نداشتند، اطلاعاتی راجع به نحوه‌ی دسترسی به مراکز مشاوره ارایه شد. پس از پایان یافتن جلسات گروه آزمایش و برگزاری مجدد آزمون عزت نفس در بین هر سه گروه برای افراد گروه کنترل نیز جلسه گروهی برگزار شد.

پرسش‌نامه‌ی عزت نفس کوپراسمیت: این پرسش‌نامه برای اندازه‌گیری و سنجش عزت نفس به کار می‌رود و پاسخ‌ها به صورت بلی یا خیر می‌باشند. این پرسش‌نامه در سال ۱۹۶۷ توسط کوپراسمیت ساخته شد و شامل ۵۸ ماده می‌باشد که هشت ماده‌ی این پرسش‌نامه یعنی سؤالات ۶، ۱۳، ۲۰، ۲۷، ۳۴، ۴۱، ۴۸، ۵۵ دروغ‌سنج و ۵۰ ماده‌ی دیگر متعلق به ۴ خرده‌مقیاس عزت نفس خود، عزت نفس اجتماعی (همسالان)، عزت نفس خانوادگی (والدین) و عزت نفس تحصیلی، است. چنانچه از ۸ ماده‌ی دروغ‌سنج، بیش از ۴ نمره بیاورد به

¹Zeidan

²Asetin

گروه حذف شدند و دو نفر از افراد گروه شاهد و یک نفر از افراد گروه درمانی شناختی رفتاری در پس آزمون شرکت نکردند.

محتوای جلسات درمان شناختی رفتاری شامل موارد زیر بود:

- ۱- خوش آمدگویی، ضرورت انجام تکلیف خانگی، تعریف عزت نفس ۲- آشنایی با راه‌های تقویت عزت نفس ۳- آشنایی با سه سبک ارتباطی منفعلانه، پرخاشگرانه و قاطعانه و انجام تمرین برای موقعیت‌های فرضی ۴- آشنایی با مهارت‌های مورد نیاز کلامی و غیر کلامی برای رفتار قاطعانه ۵- توضیح رابطه‌ی بین سه بعد تفکر، رفتار و فیزیولوژی و زنجیره‌ی ABC ۶- توضیح روش پیکان رو به پایین برای شناسایی باورهای مرکزی منفی ۷- بیان مطالبی در مورد امکان تغییر باورها، شرح تحلیل‌های عینی، استاندارد، کارآمد و هماهنگ ۸- شرح تحلیل منطقی، شرح روش‌های مخالف‌ورزی، تغییر ادراکی و خودتنبیهی-خودپاداشی، خداحافظی با گروه.

محتوای جلسات درمان شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی شامل موارد زیر بود:

- ۱- هدایت خودکار، حضور ذهن، آموزش واریسی بدنی و تمرکز بر تنفس کوتاه ۲- رویارویی با موانع، تنفس با حضور ذهن، ثبت وقایع خوش‌آیند ۳- تنفس همراه با حضور ذهن، تمرین دیدن یا شنیدن، ثبت وقایع ناخوش‌آیند ۴- ماندن در زمان حال ۵- اجازه و مجوز حضور (پذیرش) ۶- افکار، حقایق نیستند و روش‌هایی که می‌توان با استفاده از آن‌ها افکار خود را به نحو متفاوتی دید. ۷- چگونه می‌توان به بهترین شکل از خود مراقبت کرد، فعالیت‌های ارتقادهنده و فعالیت‌های تنزل‌دهنده، پذیرش جنبه‌های غیر قابل تغییر ۸- استفاده از آن چه آموخته‌اید برای مقابله با حالت‌های خلقی بعدی.

پس از انجام نمره‌گذاری پرسش‌نامه‌ها، نمرات به نرم‌افزار SPSS منتقل گردید.

برای مقایسه‌ی نتایج اولیه از روش‌های مختلف آمار توصیفی از جمله توزیع فراوانی، میانگین، انحراف استاندارد و برای تحلیل آماری نمرات و بررسی میزان تاثیر مداخلات صورت گرفته از تحلیل واریانس یک‌سویه و آزمون تعقیبی دانکن استفاده شد.

آن معنا است که نتیجه‌ی آزمون معتبر نیست و آزمودنی سعی کرده خود را بهتر از آن چه هست ارایه دهد. برای نمره‌گذاری این پرسش‌نامه، در ماده‌های شماره‌ی ۵۷-۴۷-۴۵-۳۶-۳۲-۳۰-۲۹-۲۸-۲۴-۲۳-۲۱-۱۹-۱۸-۱۴-۱۰-۵-۴-۲ پاسخ بلی، یک نمره و پاسخ خیر، نمره‌ی صفر می‌گیرد و سایر سئوالات معکوس است، یعنی پاسخ خیر یک نمره و پاسخ بلی نمره‌ی صفر می‌گیرد. بدیهی است حداقل نمره‌ی فرد، صفر و حداکثر نمره‌ی فرد، ۵۰ خواهد بود. هر چه فرد در این آزمون نمره‌ی بیشتری کسب کند، عزت نفس بالاتری دارد. افراد با نمرات بالاتر از ۲۵ دارای عزت نفس بالا و افراد با نمرات پایین‌تر از این مقدار دارای عزت نفس پایین می‌باشند. در پژوهش‌های متعددی به روایی و اعتبار بالایی مقیاس عزت نفس کوپراسمیت اشاره شده است.

نیسی این پرسشنامه را ترجمه و برای آن ضرایب پایایی و روایی بدست آورد؛ میزان روایی آزمون برای پسران ۰/۹۶ و برای دختران ۰/۷۱ و میزان پایایی با روش آزمون باز آزمون برای پسران ۰/۹۰ و برای دختران ۰/۹۲ بدست آمد (به نقل از ۳۰).

کوپراسمیت و همکاران ضرایب بازآزمایی این پرسش‌نامه را در دو نوبت، یک بار پس از پنج هفته در حد ۰/۸۸ و بار دیگر پس از سه سال ۰/۷۰ محاسبه کردند (۳). علامه با اجرای پرسش‌نامه بر روی دانش‌آموزان، پایایی این مقیاس را با روش تصنیف ۸۳ درصد و با روش آلفای کرونباخ ۰/۸۴ به دست آورد (به نقل از ۴). استادان و همکاران ضرایب پایایی این پرسش‌نامه را با روش دونیمه‌سازی و آلفای کرونباخ به ترتیب ۰/۹۰ و ۰/۸۸ گزارش نمودند (۴).

جلسات درمانی به صورت هفته‌ای (۸ جلسه‌ی دوساعته) در دبیرستان دخترانه‌ی الزهرا در شهرستان سرخس توسط پژوهشگر برگزار شد. طی مدت برگزاری جلسات گروه‌های آزمایشی، هیچ مداخله‌ای بر روی گروه شاهد انجام نشد. پس از اتمام جلسات، مجدداً از دو گروه آزمون و گروه شاهد آزمون عزت نفس کوپراسمیت گرفته شد. دو نفر از افراد گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن‌آگاهی و یک نفر از افراد گروه درمانی شناختی رفتاری به علت غیبت بیش از دو جلسه از

نتایج

شناختی رفتاری و گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از تحلیل واریانس یک‌سویه با یکدیگر مقایسه و نتایج زیر حاصل شد.

جدول ۲- میانگین و انحراف استاندارد نمره‌ی عزت نفس

درسه گروه درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی،

شناختی رفتاری و شاهد

شاخص عزت نفس	تعداد	حداقل	حداکثر	میانگین	میان	انحراف استاندارد
درمان شناختی پیش‌آزمون	۱۳	۸	۲۵	۱۹/۷۷	۲۲	۵/۴۹
مبتنی بر پس‌آزمون	۱۳	۲۰	۴۵	۳۴/۶۹	۳۷	۷/۴۲
ذهن آگاهی اختلاف	۱۳	۳	۲۹	۱۴/۹۲	۱۶	۶/۸۷
درمان پیش‌آزمون	۱۳	۵	۲۴	۱۴/۵۴	۱۴	۶/۱۷
شناختی رفتاری پس‌آزمون	۱۳	۱۳	۳۹	۲۹/۶۲	۳۲	۷/۷۴
اختلاف	۱۳	۱	۳۳	۱۵/۰۸	۱۲	۹/۳۴
گروه شاهد پیش‌آزمون	۱۳	۷	۲۵	۱۷/۳۱	۱۷	۵/۷۹
پس‌آزمون	۱۳	۸	۳۱	۱۶/۴۶	۱۵	۶/۷۱
اختلاف	۱۳	-۱۱	۷	-۰/۸۵	۰	۶/۲۳

جدول ۳- نتایج تحلیل واریانس یک‌سویه‌ی مربوط به نمرات

پس‌آزمون عزت نفس در سه گروه شاهد،

شناختی رفتاری و گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه‌ی آزادی	میانگین مربعات	آماره‌ی F	P
بین گروه	۲۳۰۱/۶۹	۲	۱۱۵۰/۸۴	۲۱/۵۶	۰/۰۰۰
درون گروه	۱۹۲۱/۰۷	۳۶	۵۳/۳۶		

بر اساس جدول ۳ نمره‌ی عزت نفس در پس‌آزمون سه گروه به طور معنی‌داری متفاوت است. با استفاده از آزمون تعقیبی دانکن مشخص می‌شود که کدام دو گروه با یکدیگر تفاوت معنی‌داری از نظر نمره‌ی عزت نفس دارند.

جدول ۴- نتایج آزمون تعقیبی دانکن برای مقایسه دویه

دوی گروه‌های شناختی رفتاری و گروه شناختی مبتنی بر ذهن

آگاهی و گروه شاهد در اثربخشی بر عزت نفس

گروه	تعداد	میانگین	میانگین
شاهد	۱۳	۱۶/۴۶	
درمان شناختی رفتاری	۱۳		۲۹/۶۲
درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی	۱۳		۳۴/۶۹

طبق جدول فوق چون دو گروه شناختی رفتاری و گروه شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در یک ستون قرار دارند، بنا بر

لازم به ذکر است که افراد مورد بررسی دختر و در پایه‌ی سنی ۱۵ تا ۱۶ سال و از نظر تحصیلات در پایه‌ی اول دبیرستان بودند. ابتدا با استفاده از آزمون کولموگروف-اسمیرنوف نرمال بودن متغیرها بررسی شد که سطح معنی‌داری بیشتر از ۰/۰۵ به دست آمد، یعنی می‌توان داده‌ها را با اطمینان بالایی، نرمال فرض کرد. سپس نمرات عزت نفس نوجوانان در پیش‌آزمون سه گروه شاهد، گروه درمان شناختی رفتاری و گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی با استفاده از تحلیل واریانس یک‌سویه با یکدیگر مقایسه و نتایج زیر حاصل شد.

جدول ۱- نتایج تحلیل واریانس یک‌سویه‌ی مربوط به نمرات

عزت نفس در پیش‌آزمون سه گروه شاهد، گروه درمانی

شناختی رفتاری و گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی

منبع تغییرات	مجموع مربعات	درجه‌ی آزادی	میانگین مربعات	آماره‌ی F	P
بین گروه	۱۷۸/۰۵	۲	۸۹/۰۲	۲/۶۲۲	۰/۰۸۶
درون گروه	۱۲۲۲/۳۰	۳۶	۳۳/۹۵		

بر اساس جدول ۱ نمره‌ی عزت نفس در پیش‌آزمون هر سه گروه تفاوت معنی‌داری ندارد. در جدول ۲ داده‌های توصیفی اعم از تعداد، میانگین، حداقل، حداکثر، میانه و انحراف استاندارد در سه گروه درج شده است. میانگین نمره‌ی عزت نفس نوجوانان قبل از درمان گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برابر با ۱۹/۷۷ و پس از درمان برابر با ۳۴/۶۹ بود. میانگین نمره‌ی عزت نفس نوجوانان قبل از درمان شناختی رفتاری برابر با ۱۴/۵۴ و پس از درمان برابر با ۲۹/۶۲ بود. از سوی دیگر افزایش نمره‌ی عزت نفس نوجوانان براساس درمان گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی برابر با ۱۴/۹۲ و پس از درمان شناختی رفتاری ۱۵/۰۸ بود. طبق جدول فوق میانگین اختلاف پیش‌آزمون و پس‌آزمون نمره‌ی عزت نفس گروه شاهد برابر با -۰/۸۵ می‌باشد که تغییر چندانی نداشته است.

در این قسمت علاوه بر آماره‌های توصیفی از تحلیل واریانس یک‌سویه و آزمون تعقیبی شفه نیز استفاده گردید که نتایج آن در جداول ۳ و ۴ آمده است. نمرات عزت نفس نوجوانان در پس‌آزمون سه گروه شاهد، گروه درمانی

شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری یکسان است و گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در مقایسه با گروه درمانی شناختی رفتاری در عزت نفس افزایش بیشتری را نشان نمی‌دهد.

پژوهشی که به مقایسه‌ی میزان اثربخشی درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش عزت نفس پرداخته باشد یافت نشد اما تحقیقی وجود دارد که به مقایسه‌ی این دو درمان در کاهش افسردگی پرداخته است و از آن جایی که تحقیقات زیادی از جمله تحقیقات کوآتمن و واتسون^۱ (۱۰) و اسارنوو^۲ و همکاران (۱۱)، همبستگی عزت نفس و افسردگی را نشان داده‌اند از این تحقیق، استفاده شده است. محمدخانی و همکاران، نشان دادند که درمان شناختی مبتنی بر حضور ذهن و درمان شناختی رفتاری به صورت معنی‌داری در کاهش افسردگی موثر بوده و هر دو درمان فوق به یک میزان در کاهش علائم، اثربخش هستند و تفاوت معنی‌داری در بین آن‌ها وجود ندارد. لذا نتایج این تحقیق نیز هم‌سو با یافته‌های تحقیق حاضر و نشان از اثربخشی یکسان این دو درمان دارد (۲۹).

اثربخشی یکسان دو درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در افزایش عزت نفس را این گونه می‌توان توجیه کرد که با توجه به این که عزت نفس جزء شناختی شخصیت انسان می‌باشد و دو درمان شناختی رفتاری و درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی در قسمت تغییر شناخت مشترک هستند می‌توان گفت در افزایش عزت نفس اثربخشی مشابهی دارند. تغییر شناختی در درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به این صورت ایجاد می‌شود که شرکت‌کنندگان ترغیب می‌شوند به تنش به عنوان یک چالش و نه یک تهدید بنگرند، و افکارشان را بدون قضاوت و داوری در مورد آن‌ها بپذیرند (۳۴). هم‌چنین به شرکت‌کنندگان آموزش داده می‌شود هرگاه افکار یا احساس منفی در آن‌ها ایجاد شد اجازه دهند که افکار به همان صورت در ذهن‌شان باقی بمانند، به علاوه الگوهای برای آموزش مهارت‌های تمرکززدایی فراهم می‌کنند و از

این نمره‌ی عزت نفس نوجوانان در پس‌آزمون این دو گروه یکسان و تفاوت معنی‌داری مشاهده نمی‌شود اما گروه شاهد در یک ستون جدا قرار دارد. بنابراین با اطمینان ۹۵ درصد می‌توان گفت که افزایش نمره‌ی عزت نفس در دو گروه درمانی شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و شناختی رفتاری در پس‌آزمون نسبت به گروه شاهد، بیشتر است.

بحث

بر اساس یافته‌های این پژوهش، میزان عزت نفس شرکت‌کنندگان تحت درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی و درمان شناختی رفتاری به طور معنی‌داری نسبت به افرادی که تحت این آموزش‌ها قرار نگرفتند، افزایش یافته است. پژوهش‌های زیادی اثربخشی آموزش‌های شناختی رفتاری را در افزایش عزت نفس نشان داده است که از جمله‌ی آن‌ها می‌توان از تحقیق اصغری‌پور در اثربخشی آموزش‌های شناختی رفتاری در افزایش عزت نفس دانشجویان (۳۱)، تحقیق کیانی و همکاران در مورد نوجوانان مبتلا به بتا تالاسمی (۱۶)، مظاهری و همکاران در دانشجویان دختر خوابگاه دانشگاه اصفهان (۳۲) و امامی و همکاران در دانش‌آموزان را نام برد که هم‌سو با پژوهش حاضر حاکی از تاثیر این درمان در افزایش عزت نفس می‌باشد.

در خارج از کشور نیز تحقیقات زیادی اثربخشی آموزش‌های شناختی رفتاری را در افزایش عزت نفس نشان داده‌اند (۳۳، ۱۸). بنا بر بررسی نویسندگان این مطالعه، تحقیقات اندکی به طور مستقیم اثر آموزش‌های ذهن آگاهی را بر بهبود عزت نفس بررسی کرده‌اند از جمله گلدن و گروس اثربخشی آموزش‌های ذهن آگاهی را در تنظیم عاطفه‌ی افرادی با اختلال اضطراب منتشر بررسی کرده و به این نتیجه دست یافتند که درمان شناختی مبتنی بر ذهن آگاهی به بهبود نشانه‌های تنش، اضطراب و افزایش عزت نفس منجر می‌شود (۲۵).

کاویانی و همکاران در تحقیقی اثربخشی شناخت درمانی مبتنی بر ذهن آگاهی را در کاهش و پیشگیری از افکار خودآیند منفی، نگرش ناکارآمد افسردگی و اضطراب در دانشجویان دختر نشان دادند که در تایید نتایج پژوهش حاضر می‌باشد (۲۸). این پژوهش نشان داد که میزان اثربخشی درمان

¹Quatman and Watson

²Asarnow

روش‌هایی برای پردازش اطلاعاتی که چرخه‌های فکر-خلق را تداوم می‌بخشد، استفاده می‌کنند (۳۵). درحالی که تغییر شناختی در رویکرد شناختی‌رفتاری به این شیوه ایجاد می‌شود که به افراد مهارت‌های تفکر منطقی‌تر آموخته می‌شود و افراد می‌آموزند که آگاهانه با افکار منفی خود مخالفت کنند (۳۶). از محدودیت‌های این پژوهش یکی این بود که گروه‌های آزمون و شاهد در یک مدرسه بودند و احتمال اثرپذیری گروه شاهد از گروه‌های آزمون وجود داشت. محدودیت دیگر عدم وجود پیشینه‌ی کافی در زمینه‌ی اثربخشی ذهن‌آگاهی بر عزت نفس بود و مطالعه‌ی حاضر، اولین تحقیقی است که اثربخشی ذهن‌آگاهی را بر عزت نفس در ایران مورد بررسی قرار داده است.

پیشنهاد می‌شود این مداخله بر روی نوجوانان پسر و گروه‌های سنی مختلف و برای مشکلات دیگر در بین نوجوانان از قبیل افسردگی و اضطراب نیز اجرا شود. پیشنهاد می‌شود به جهت بررسی میزان دوام اثربخشی این مداخلات از دوره‌های پی‌گیری چندماهه نیز استفاده شود.

نتیجه‌گیری

به نظر می‌رسد که روش‌های درمانی گروهی شناختی‌رفتاری و شناختی‌رفتاری مبتنی بر ذهن‌آگاهی بر بهبود عزت نفس دانش‌آموزان دختر نوجوان موثر باشد.

References

1. Chang EC. Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice. Washington, DC: American Psychological Association; 2001: 1-13.
2. Scheier MF, Carver CS. Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychol* 1985; 4: 219-47.
3. Scheier MF, Carver CS. Effects of optimism on psychological and physical well-being: Theoretical overview and empirical update. *Cognit Ther Res* 1992; 16: 201-28.
4. Scheier MF, Carver CS, Bridges MW. Optimism, pessimism, and psychological well-being. In: Chang EC. (editor). *Optimism and pessimism: Implications for theory, research, and practice*. Washington, DC: American Psychological Association; 2001: 189-216.
5. Chang EC. Distinguishing between optimism and pessimism: A second look at the optimism-neuroticism hypothesis. In: Hoffman RR, Sherrik MF, Warm JS. (editors). *Viewing psychology as a whole: The integrative science of William N. Dember*. Washington, DC: American Psychological Association; 1998: 415-32.
6. Chang EC, D'Zurilla TJ, Maydeu-Olivares A. Assessing the dimensionality of optimism and pessimism using a multimeasure approach. *Cognit Ther Res* 1994; 18: 143-60.
7. Chang EC, Maydeu-Olivares A, D'Zurilla TJ. Optimism and pessimism as partially independent constructs: Relations to positive and negative affectivity and psychological well-being. *Pers Individ Dif* 1997; 23: 433-40.
8. Marshall GN, Wortman CB, Kusulas JW, Hervig LK, Vickers RR. Distinguishing optimism from pessimism: Relations to fundamental dimensions of mood and personality. *J Pers Soc Psychol* 1992; 62: 1067-74.
9. Mroczek DK, Spiro A, Aldwin CM, Ozer DJ, Bosse R. Construct validation of optimism and pessimism in older men: Findings from the normative aging study. *Health Psychol* 1993; 12: 406-9.
10. Peterson C. Optimistic explanatory style and health. In: Gillham JE. (editor). *The science of optimism and hope: Research essays in honor of Martin E P. Seligman*. Philadelphia: Templeton Foundation; 2000: 145-62.

11. Snyder CR. Handbook of hope: Theory, measures, and applications. San Diego, Calif: Academic; 2000: 359-60.
12. Taylor SE, Kemeny ME, Reed GM, Bower JE, Gruenewald TL. Psychological resources, positive illusions, and health. *American psychologist* 2000; 55: 99-109.
13. Mousavi Nasab SMH, Taghavi SMR, Mohammadi N. [Optimism and stress appraisal: Evaluation of two theoretical models in prediction of psychological adjustment]. *Journal of Kerman University of Medical Sciences* 2006; 13(2): 111-20. (Persian)
14. Agaei A, Raeis Dehkordi R, Atash Poor SH. [The relationship between optimism and pessimism with mental health in Isfahan city adults]. *Knowledge and research in psychology* 2007; 33: 117-30. (Persian)
15. Sloman SA. The empirical case for two systems of reasoning. *Psychol Bull* 1996; 119: 3-22.
16. Chaiken S, Trope Y. Dual-process theories in social psychology. New York: Guilford; 1999: 12-40.
17. Smith ER, De Coster J. Dual process models in social and cognitive psychology: Conceptual integration and links to underlying memory systems. *Pers Soc Psychol Rev* 2000; 4: 108-31.
18. Epstein S. Integration of the cognitive and the psychodynamic unconscious. *American psychologist* 1994; 49: 709-24.
19. Epstein S, Pacini R, Denes-Raj V, Heier H. Individual differences in intuitive-experiential and analytical-rational thinking styles. *J Pers Soc Psychol* 1996; 71: 390-405.
20. Pacini R, Epstein S. The relation of rational and experiential information processing styles to personality, basic beliefs and the ratio-bias phenomenon. *J Pers Soc Psychol* 1999; 76: 972-87.
21. Epstein S, Pacini R. Some basic issues regarding dual-process theories from the perspective of cognitive-experiential self-theory. In: Chaiken S, Trope Y. (editors). *Dual process theories in social psychology*. New York: Guilford; 1999: 462-82.
22. Burns LR, D'Zurilla TJ. Individual differences in perceived information processing styles in stress and coping situations: Development and validation of the perceived modes of processing inventory. *Cognit Ther Res* 1999; 23: 345-71.
23. Rezaei A. [Investigating factorial structure and reliability of the intuitive-rational information processing styles inventory in the university students population]. *Journal of research in behavioural sciences* 2012; 10(1): 20-9. (Persian)
24. Handley SJ, Newstead SE, Wright H. Rational and experiential thinking: A study of the REI. In: R. J. Riding RJ, Rayner SG. (editors). *International perspectives on individual differences*. Stanford: Ablex; 2000: 97-113.
25. Toyosawa J, Karasawa K. Individual differences on judgment using the ratio-bias and the Linda problem: Adopting CEST and Japanese version of REI. *Japanese journal of social psychology* 2004; 20(2): 85-92.
26. Sladek RM, Bond MJ, Phillips PA. Age and gender differences in preferences for rational and experiential thinking. *Pers Individ Dif* 2010; 49(8): 907-11.
27. Carter P. Test your EQ: Assess your emotional intelligence with 20 personality questionnaires. USA and UK: Kogan Page; 2009: 76- 84.
28. Beck AT, Steer RA, Garbin MG. Psychometric properties of the Beck depression inventory: Twenty-five years of evaluation. *Clin Psychol Rev* 1988; 8(1): 77-100.
29. Basker M, Prabhakar D, Moses PD, Russell S, Swamidhas P, Russell S. The psychometric properties of beck depression inventory for adolescent depression in a primary-care paediatric setting in India. *Child Adolesc Psychiatr Ment Health* 2007; 1: 8.
30. Bayani AA, Mohammad Koocheky A, Goodarzi H. The reliability and validity of the satisfaction with life scale. *Journal of Iranian psychologists* 2007; 11: 259-65.
31. Sarmad Z, Bazargan A, Hejazi E. [Research methods in behavioral sciences]. Tehran: Agah; 1997: 93-4. (Persian)
32. Pallant J. SPSS survival manual: A step by step guide to data analysis using SPSS. 4th ed. New York: Open University; 2010: 148-68.
33. Chang EC, Farrehi AS. Optimism/pessimism and information-processing styles: Can their influences be distinguished in predicting psychological adjustment. *Pers Individ Dif* 2001; 31: 555-62.

34. Maruta T, Colligan RC, Malinchoc M, Offord KP. Optimismpessimism assessed in the 1960s and self-reported health status 30 years later. *Mayo Clin Proc* 2002; 77(8): 748-53.
35. Strassle CG, McKee EA, Plant DD. Optimism as an indicator of psychological health: Using psychological assessment wisely. *Journal of personality assessment* 1999; 12: 190-9.
36. Puskar KR, Sereika SM, Lamb J, Tusaie-Mumford K, McGuinness T. Optimism and its relationship to depression, coping, anger, and life events in rural adolescents. *Issues Ment Health Nurs* 1999; 20: 115-30.
37. Bayrami M, Hashemi Nosrat Abadi T, Alizadeh Ghoradela J, Daneshfara S, Heshmatib R, Moslemifarc M. The role of positive and negative affectivity, optimism, pessimism, and information processing styles in student psychological adjustment. *Procedia Soc Behav Sci* 2012; 46: 306-10.
38. Seligman MEP, Reivich K, Jaycox L, Gillham J. *The optimistic child: A proven program to safeguard children against depression and build lifelong resilience*. New York: Harper Collins; 1995: 1-9.